

Nosotros para hacer el diagnóstico de apendicitis aguda nos basamos en poquísimos síntomas y cuando éstos son positivos, hacemos sin titubear el diagnóstico de esta afección. En estos 202 casos, hicimos siempre el diagnóstico pre-operatorio y la intervención demostró el valor de estos síntomas. No negamos la posibilidad de un error diagnóstico; la mayoría de veces que incurramos en él, la intervención quirúrgica nos demostrará que la lesión determinante del síndrome abdominal era completamente quirúrgica y que gracias a la intervención precoz habremos obtenido en un buen número de casos un resultado satisfactorio. Recordamos a este efecto, un caso publicado por nosotros, en que el cuadro sindrómico (dolor intenso en fosa ilíaca derecha, acompañado de defensa muscular en esta región), presentado por un niño de 5 años nos indujo al diagnóstico de apendicitis aguda; en la intervención encontramos la perforación de un sarcoma de la última porción del íleon; una resección intestinal practicada a las 6 horas de la perforación, hizo que salváramos la vida de este enfermo.

No creemos, en cambio, en el error diagnóstico, entre un caso de apendicitis aguda con afecciones de índole médica: tales como neumonías, pleuresías, cólicos hepático, nefrítico, etc.; en éstas si bien muchas veces existe un dolor subjetivo abdominal, no encontramos nunca la defensa muscular de fosa ilíaca derecha. Es posible que en todo proceso inflamatorio pleuro-pulmonar cuando éste llega a irritar o interesar el diafragma, provoque una defensa muscular de toda la pared abdominal, pero en tales casos la contractura parietal, existe solamente en la parte alta de la pared del abdomen, siendo depresible e indolora la fosa ilíaca derecha. A este respecto, recordamos el caso de un enfermo

(del servicio del doctor Esquerdo), hospitalizado por un lesión tuberculosa del pulmón derecho y al que se habían practicado varios neumotórax el último de los cuales no le produjo ninguna molestia inmediata, pero al cabo de dos días el enfermo aquejó un dolor violento en hipocóndrio derecho presentando una fuerte contractura parietal en esta región; siendo indolora y depresible el resto de pared abdominal; el hecho de presentar antecedentes de úlcera gástrica nos llevó al diagnóstico de perforación; de la misma; practicada la laparatomía, no encontramos lesión alguna gástrica, ni duodenal. La necropsia demostró que la lesión causal del cuadro sintomático era una pleuresía supurada diafragmática, ocasionada probablemente por el neumotórax. No es infrecuente el error diagnóstico con el cólico nefrítico; hemos tenido ocasión de ver tres enfermos ingresados en el servicio de nuestro maestro y que venían con el diagnóstico de apendicitis aguda que acusaban dolor intenso y súbito en fosa ilíaca derecha, sin irradiación genital y en los que la exploración atenta de la pared abdominal demostró la falta de una verdadera defensa muscular de la misma. Además, llama la atención en estos enfermos de que a pesar del intenso dolor subjetivo que presentan están constantemente agitados, contrastando con la inmovilidad de los enfermos apendiculares. No hay duda que para fijar el diagnóstico recurriremos siempre a la comprobación de la hematuria microscópica, la que es siempre manifiesta en el cólico nefrítico.

Si nosotros repasamos las historias de los casos que presentamos, veremos que, ante todo debemos confiar y dar el alto valor que merece al signo dolor. La mayoría por no decir la totalidad, de estos enfermos aquejan como primer síntoma un

dolor abdominal localizado en fosa ilíaca derecha, otras veces el dolor es acusado primitivamente en otras regiones (umbilical, epigástrica, fosa ilíaca izquierda); para fijarse más tarde en fosa ilíaca derecha; más raramente el dolor es difuso, sin presentar primitiva ni secundariamente localización alguna. El dolor primitivo en región epigástrica o umbilical, que se irradia y fija más tarde en fosa ilíaca derecha es un hecho que acontece con mucha frecuencia en los niños.

El dolor espontáneo no falta nunca en la apendicitis aguda, pero este signo y más si no es localizado en la fosa ilíaca derecha, puede presentarse en otras afecciones abdominales que requieren o no un tratamiento quirúrgico inmediato y en afecciones torácicas en las que existe ya una irritación del diafragma, ya de los nervios intercostales.

En cambio, el dolor provocado, la defensa muscular y en mayor grado la contractura de la pared abdominal, cuando se explora lenta y convenientemente, es signo que no falta nunca en las apendicitis agudas y que por otra parte no se presenta en afecciones médicas.

En todos los casos que presentamos, no hemos dejado de ver en ningún enfermo este signo, el cual es, por su constancia de tanto valor que no en vano se le ha llamado por un célebre clínico, el super-signo de la patología quirúrgica abdominal de urgencia.

En muchos casos los hechos se presentan de tal manera, que al dolor subjetivo en el epigastrio, se asocia y aprecia el dolor objetivo en la fosa ilíaca derecha; en nueve casos sobre diez se tratará de una crisis apendicular; existe pues en estos casos un hecho paradójico y es que al dolor epigástrico que a la palpación es negativo, se añade un dolor provocado por la palpa-

ción en la fosa ilíaca derecha, dolor que el enfermo no acusa espontáneamente.

Observando al enfermo desde las primeras horas de iniciada la crisis apendicular, creemos que casi siempre, sólo con los signos de dolor espontáneo abdominal (la mayoría de veces localizado en fosa ilíaca derecha) y la defensa muscular localizada en esta región se podrá hacer el diagnóstico precoz de esta afección.

No deberemos esperar de ninguna manera para hacer el diagnóstico la aparición de otros síntomas que, si bien hasta hace algunos años se les daba un importante valor, creemos que deben ser relegados al olvido considerando nosotros que la espera de la presencia de los mismos es altamente perjudicial, habiendo ocasionado en gran número de casos, graves y hasta irreparables resultados. Nos referimos al estado y modificaciones del pulso, la fiebre, aparición de vómitos, vientre cerrado, etc.

La hipertermia, se encuentra en la mayoría de casos de apendicitis aguda y casi siempre en las primeras horas de iniciado el ataque; la temperatura es casi siempre discreta, oscilando entre 37° y $38'5^{\circ}$; pero no son raros los casos, y precisamente, en un gran número de apendicitis gangrenosas, en que no hay reacción térmica; siendo, por tanto, completamente perjudicial esperar la presencia de este síntoma, para diagnosticar esta afección. En cambio damos a este signo un gran valor pronóstico, pues todo enfermo que presenta un acusado dolor abdominal en fosa ilíaca derecha, acompañado de contractura muscular a la presión en esta región y que presenta una hipotermia o una alta hipertermia nos indicará la mayoría de veces que estamos ante un caso de apendicitis aguda, de carácter grave. En resumen, podemos decir que si bien damos

valor al estado de la temperatura, no espere-
remos nunca sus modificaciones, para
sentar el diagnóstico y, por tanto, para in-
tervenir quirúrgicamente.

El estado del pulso tiene, como la tem-
peratura, un cierto valor. Se ha dado como
signo precoz, según Kanh de la gangrena
apendicular la presentación de bradicar-
dia; ello es exacto en algún número de
casos; pero cierto número de ellos, escapan
a este criterio. Nosotros hemos visto e in-
tervenido muchos enfermos de gangrena
apendicular en los que el número de pul-
saciones era normal y en otros, en los que
desde el principio existía una acusada ta-
quicardia. No hay duda que en todo caso
grave de apendicitis, el estado del pulso se
modifica con las horas transcurridas; pero
ya hemos repetido anteriormente que no
estamos en el caso de que para asegurar
un diagnóstico esperemos la aparición de
lesiones de carácter grave. Por tanto, cree-
mos que al signo "pulso" sólo debe dársele
una importancia pronóstica y nunca es-
perar las modificaciones del mismo para
ayudar a establecer el diagnóstico de esta
lesión. Afirmamos que tiene una impor-
tancia pronóstica, pues en todo caso de
síndrome abdominal agudo de fosa ilíaca
derecha, en que nos encontremos una acu-
sada taquicardia, podremos afirmar con
muy pocas probabilidades de error, que
estamos delante de un caso de carácter
grave.

La mayoría de enfermos acusan desde
los primeros momentos náuseas seguidas
casi siempre de vómitos, ya alimenticios,
ya biliosos, signo de irritación peritoneal
en un gran número de casos, ya de índole
refleja, ya mucho más raramente por el
hecho de la presencia concomitante de
una oclusión intestinal; a este respecto,
recordamos un caso visto por nosotros en
nuestra clientela particular junto con los

doctores Mallat y Brossa, en que el signo
inicial de la crisis apendicular fué un
vómito fecaloideo, caso en que la explora-
ción acusaba solamente un ligerísimo dol-
lor en la fosa ilíaca derecha. De todas ma-
neras, existen un buen número de casos,
en que no sólo no se presenta ningún vó-
mito, sino que los enfermos ni acusan mo-
lestia nauseosa alguna. Por tanto, no es-
peremos nunca la aparición de este sín-
toma para sentar el diagnóstico siendo por
lo demás escaso su valor pronóstico en
esta afección. De todas maneras su impe-
tuosidad su carácter porráceo, deben pre-
ocuparnos.

La paresia intestinal, si bien se presen-
ta en un buen número de casos, es signo
que aparece generalmente después de las
24 horas de iniciada la crisis, teniendo
por tanto para nosotros muy escaso valor.

El dolor provocado no debe buscarse
sólo explorando la pared abdominal an-
terior, sino que también debe explorarse
la pared posterior haciendo la palpación
de la región lumbar, pues la situación re-
trocecal del apéndice es muy frecuente:
de los 202 casos de nuestra estadística he-
mos encontrado 53 apendicitis retroceca-
les en las cuales, el dolor abdominal pro-
vocado a la presión no acostumbra a ser
tan intenso como en los casos en que el
apéndice tiene una situación anterior.
Aunque, creemos que debe explorarse
siempre la región lumbar, son raros los
casos de apendicitis aguda retrocecal en
los que existe solamente un dolor acusado
en esta región, generalmente presentan
una reacción peritoneal, acusada y demos-
trada por la contractura manifiesta de la
pared abdominal anterior.

El signo dolor provocado y su inme-
diato, defensa muscular y contractura de
la pared deberán explorarse siempre con
toda la mano extendida sobre la pared del



alcachofina

primer producto nacional
a base de extracto alco-
hólico **integral** de hoja
fresca de alcachofa ■

específico del hígado

Muestras y literatura:
E. BOIZOT

Madrid: Luis Cabrera, 47.

Barcelona: Salmerón, 247, pral.

Valencia: Av. 14 de Abril, 16.

La Alcachofa específico del Hígado

Desde la más remota antigüedad, tanto el pueblo como los médicos más célebres, desde Plinio, han reconocido las virtudes especiales de la hoja de alcachofa para la curación de las enfermedades del hígado y de algunos trastornos metabólicos del organismo.

La dificultad del empleo médico de esta planta radicaba en la inconstancia de los resultados obtenidos con hoja de composición variable por diversas circunstancias naturales y del volumen de medicamento que se precisaba ingerir para alcanzar un efecto útil.

Preocupados por esta cuestión, hemos logrado condensar en un pequeño volumen los principios activos de la hoja de alcachofa fresca bajo la forma de un extracto alcohólico integral obtenido inmediatamente después de la recolección de la hoja sana y fresca, producto que, debidamente dosificado y elaborado, hemos llamado ALCACHOFINA, y que presenta las grandes ventajas de su valor terapéutico invariable por el esmero en su fabricación y la garantía de ser producto derivado de plantas exclusivamente sanas y activas, siendo, además, de precio económico y administración fácil.

INDICACIONES DE LA ALCACHOFINA

Está, pues, indicada nuestra ALCACHOFINA en todos los trastornos de la secreción biliar (ictericia, cólico hepático, colecistitis, litiasis biliar, obstrucción biliar, estreñimiento, enteritis mucosmembranosa, fermentaciones intestinales, etc.), en las alteraciones de la célula hepática (insuficiencia hepática, congestión del hígado, cirrosis, esclerosis, etc.), en la insuficiencia renal, artrismo, reumatismo, gota, uremia, obesidad y diabetes.

PRURITO ANAL: Cuando no es consecuencia directa de una afección hemorroidal, debidamente comprobada, será conveniente sospechar que su causa es una deficiencia hepática.

ALCACHOFINA se presenta en tubos con cien grageas, de las que podrán tomar los adultos de 4 a 12 diarias, según la intensidad o naturaleza de su lesión.

Las dosis corrientes son:

4 grageas diarias como dosis de entretenimiento.
6 rd. rd. rd. de cura.
10 a 12 rd. rd. rd. masivas.

Las grageas se tragarán sin masticarlas, pues son muy amargas en su interior; deben tomarse hacia la mitad de las comidas principales.

Los niños tomarán la mitad de la dosis de los adultos.

La cura se hará a razón de 12 a 15 días cada mes, con seis grageas diarias, que es el término medio de la dosis referida, es decir, que con un tubo de nuestra ALCACHOFINA, tendrá el enfermo para un tratamiento mensual.

Los individuos que por herencia o predisposición peculiar, estén expuestos a padecimientos del hígado, de la bilis, de estreñimiento persistente o de insuficiencia renal, pueden tomar una dosis diaria de 2 a 4 grageas como medida preventiva.

Para los *obesos, diabéticos, artríticos y gotosos*, la dosis será establecida de acuerdo con la intensidad de la dolencia y el temperamento del enfermo y podrá fijarse como término medio en 6 a 8 grageas diarias.

PRECIO DEL TUBO: PESETAS 7 (Timbres incluidos)

abdomen con mucha dulzura y empezando siempre la exploración por una región opuesta al sitio doloroso. Más de una vez el olvido de esta regla elemental y el explorar el abdomen con la punta de los dedos ha dado lugar a datos erróneos que han motivado diagnósticos equivocados.

Además de esta exploración correcta, manera de obtener todos los matices de la reacción parietal hay que convenir en afirmar, el nulo valor de los puntos apendiculares (Mac-Burney, Lanz, Morris), pues en una crisis aguda no hay que juzgar el signo dolor por unas diferencias de centímetros; siendo necesario afirmar que en este caso particular, deben explorarse regiones y no puntos más o menos ilusorios.

Además de explorar, la cara posterior, por encima de la cresta ilíaca, es completamente imprescindible en todos los casos de apendicitis aguda explorar siempre el fondo de saco de Douglas. No hay duda alguna que no hay ningún sitio de la cavidad abdominal tan accesible al dedo que explora como este fondo peritoneal, pues solamente existe una delgadísima capa de tejido, entre el dedo que explora y la cavidad abdominal. En muchos de los casos y principalmente en los vistos en las primeras horas, este signo puede ser negativo, pero por poco que exista una irritación peritoneal y por ligera que esta sea, encontraremos siempre el fondo de Douglas doloroso. En las apendicitis pelvianas este signo es marcadamente positivo.

Haciendo una exploración de las diversas regiones en que se puede apreciar el dolor provocado, se puede afirmar que son cada día en menor número los casos de apendicitis en que no existe este síntoma. En muchos casos en que se negó la existencia del dolor provocado, solamente se había buscado en fosa ilíaca derecha, no

habiéndose explorado ni la región lumbar, ni el fondo de saco de Douglas.

No damos valor en las crisis apendiculares, al signo de la descomposición (Blumberg) y al signo de Rowsing.

La hiperestesia cutánea, a la que los cirujanos ingleses conceden tanta importancia, no es signo buscado por nosotros, debido a que su existencia no ha sido encontrada en la mayoría de nuestros casos y en los enfermos en que ha sido positiva, la reacción era muy poco intensa. Clínico de tanta competencia como Fèvre, afirma que la hiperestesia cutánea, a pesar de su clasicismo, es un signo raro y engañoso, pues no presagia nunca la gravedad de la crisis.

Por último hay que practicar el contage y la fórmula leucocitaria. De todos los signos para hacer el diagnóstico precoz, después del dolor (espontáneo y provocado) y de la defensa muscular, es a la leucocitosis, al signo que damos más valor y ello por la constancia con que se presenta: De tal manera que en 61 casos, que se practicó el contage leucocitario, en todos existía un notable aumento de glóbulos blancos.

Hay casos en que el cuadro sintomático es tan claro, que podremos prescindir de este examen. Pero en los enfermos en los que exista dudas sobre la naturaleza de la afección, recurriremos siempre a este análisis; muchas de las veces nos aclarará el cuadro clínico. Hay que contar, no obstante, que en los casos en que el examen clínico es claro y manifiesto de apendicitis aguda una leucopenia o un número normal de leucocitos, no nos harán dudar nunca del diagnóstico y por ende de practicar la intervención quirúrgica inmediata. En muchos de nuestros casos no hemos acudido a este examen, debido a la coexistencia de un proceso amigdalario.

De no ser clara la crisis apendicular y

principalmente cuando no encontremos una zona de defensa muscular, dolorosa a la presión ya en fosa ilíaca derecha, ya en región lumbar del mismo lado o en el fondo de saco de Douglas y al mismo tiempo no exista una hiperleucocitosis, aconsejamos la práctica de un nuevo contaje leucocitario, dentro de unas pocas horas; pues han sido varios los casos en que los signos clínicos eran muy velados y en los que un primer contaje fué normal; repetido éste y al encontrar un notable aumento leucocitario nos permitió hacer un diagnóstico precoz. A este efecto, recordamos un enfermo de 17 años, hijo de un distinguido internista de esta localidad y al que vimos conjuntamente con el doctor Rocha; los signos clínicos no nos permitían desde el principio sentar un diagnóstico preciso sólo existía un intenso dolor epigástrico, espontáneo y que se presentó súbitamente no existiendo zona dolorosa abdominal alguna a la presión, el primer contaje leucocitario practicado a las 3 horas de iniciada la crisis era de 9.200; a las 6 horas había desaparecido el dolor en el epigastrio y sólo acusaba el enfermo un ligero dolor en el fondo de saco de Douglas, se practica un nuevo contaje leucocitario, encontrando 10.000 glóbulos y una polinucleosis de 90 %. Practicada inmediatamente la intervención quirúrgica, nos encontramos con un apéndice sumamente flogoseado y lleno de pus en su interior.

Creemos, no obstante, que este dato de laboratorio, no debemos considerarlo como un signo fundamental, teniendo sólo para nosotros un valor de signo complementario. La sobreestimación del mismo, constituye una exageración. Los signos hematológicos, serán siempre confrontados a los signos clínicos; siguiendo esta conducta, podremos obtener en la mayoría de casos una buena interpretación diagnós-

tica. Nosotros presentamos la cuestión del diagnóstico de una manera muy simple y esquematizada y creemos que así se presenta en la mayoría de las veces siempre y cuando veamos al enfermo en las primeras horas de la crisis apendicular. De ver al enfermo después del segundo o tercer día de iniciada la crisis y en los casos en que la lesión apendicular ha dado lugar a una peritonitis más o menos difusa, es difícil en muchos de estos casos hacer el diagnóstico causal de la contaminación peritoneal, pero a nosotros no nos interesa este diagnóstico tardío, que por lo demás tiene escasa importancia, pues la indicación quirúrgica está condicionada más por el hecho de la contaminación séptica peritoneal que por la lesión inicial apendicular; pues de haber ésta provocado un bloqueo peritoneal no existiría razón vital y urgente de operar.

Siendo y debiendo ser el diagnóstico en estos casos de urgencia un problema de pocos factores, nosotros lo resolvemos con relativa rapidez; es decir, cuando vemos un enfermo con dolor espontáneo abdominal y defensa muscular en fosa ilíaca derecha o tacto rectal positivo y que no presenta antecedentes de otra enfermedad abdominal, sentamos el diagnóstico de apendicitis aguda. Siguiendo este criterio, podemos afirmar que en los 102 casos vistos por nosotros, en ninguno de ellos tuvimos un error diagnóstico, encontrando de una manera evidente en todos ellos la lesión apendicular.

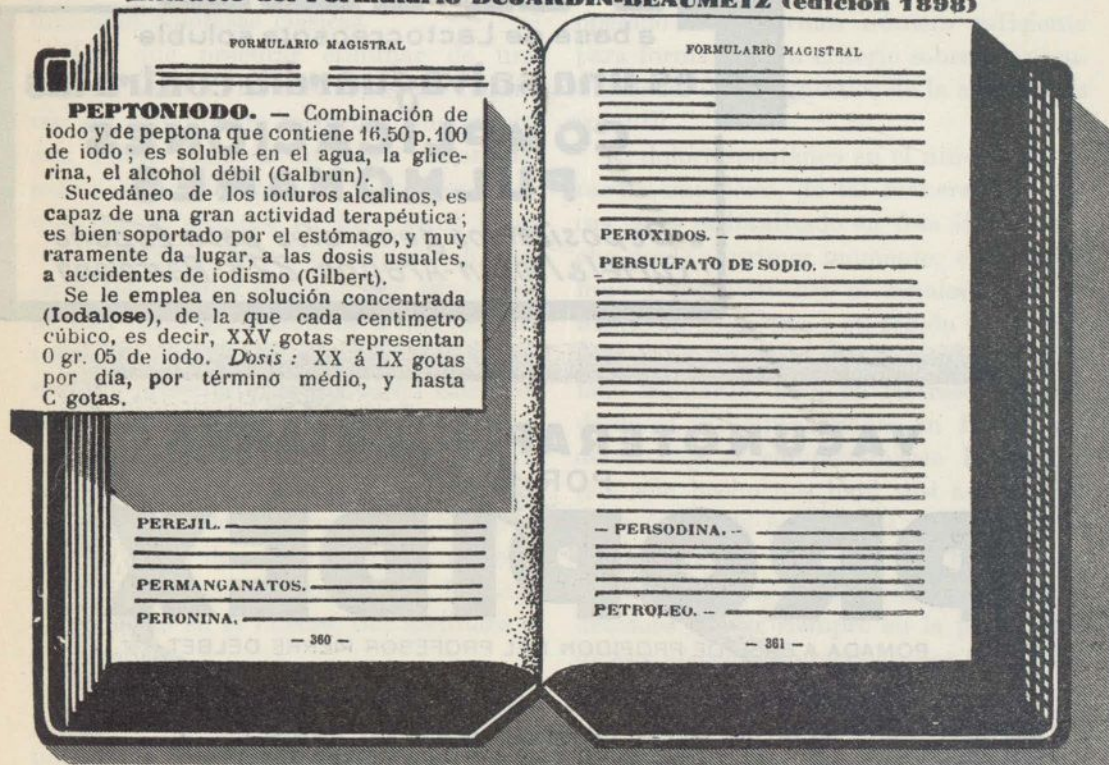
Es quizá solamente en nuestros casos y es cuestión que nosotros consideramos casual, que en los enfermos intervenidos por nosotros de esta afección, existían pocos casos con antecedentes de otras enfermedades abdominales. Creemos, no obstante, que antes de hacer el diagnóstico y por tanto de decidir la intervención quirúr-

no siendo
Iodalose
puede que no sea
Peptoniodo

IODALOSE GALBRUN

siendo
Iodalose
será forzosamente
Peptoniodo

Extracto del Formulario DUJARDIN-BEAUMETZ (edición 1898)



El **Peptoniodo** o **Iodalose**, siendo una verdadera combinación y no simplemente una mezcla, no contiene

ni } alcohol
 } glicerina
 } agente conservador alguno

Es perfectamente estable y se conserva sin ninguna alteración de sabor o color, aun cuando el frasco quede destapado.

Muestra y literatura: **E. BOIZOT**

Luis Cabrera, 47. - MADRID.
Salmerón, 247, pral. - BARCELONA.
Av. del 14 de Abril, 46. - VALENCIA.

en el curso
de la **Gripe**

el **JARABE
FAMEL**

a base de Lactocreoosota soluble
es una salvaguardia contra las
**COMPLICACIONES
PULMONARES**

*Depositarios generales para España
Curiel & Moran-Aragón-228-Barcelona*

**VACUNOTERAPIA CUTÁNEA
POR EL**

PROPIDEX

POMADA A BASE DE PROPIDON DEL PROFESOR PIERRE DELBET

TRATAMIENTO DE LAS Piodermitis
FORÚNCULOS, QUEMADURAS, ESCARAS
ÚLCERAS VARICOSAS, SABANONES,
LLAGAS SUPERFICIALES, ETC...

PRESENTACIÓN

TUBO ESTAÑO CONTENIENDO APROXIMADAMENTE 30 G^o DE POMADA

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPÉCIA"

MARQUE DÉPOSÉE EN FRANCE ET USINES DU RHONE - 21, RUE JEAN-GOUJON, PARIS-8^e

Para muestras dirigirse a: Barcelona: D. J. vier Coll - Córcega, 269. - Madrid: D. Julio
García Coll - García Paredes, 64. - Sevilla: D. José Luis Reyes - Gravina, 58.

gica, es preciso, tanto si existen como no antecedentes patológicos, pensar en las afecciones abdominales que puedan simular una apendicitis y pensar principalmente en las afecciones que requieren un tratamiento quirúrgico inmediato: perforaciones gastro-duodenales, colecistitis agudas, perforación de vesícula biliar, casos en que el dolor y la contractura son supraumbilicales existiendo generalmente antecedentes de la afección causal y las irradiaciones dolorosas clásicas.

Hay que procurar eliminar de una manera absoluta las afecciones que requieren un tratamiento médico y que empiezan dando lugar a un dolor abdominal más o menos intenso. En estos casos hay que pensar siempre en los cólicos hepático y nefrítico, con sus puntos dolorosos especiales y tener presente que estas crisis no dan lugar generalmente a una defensa muscular apreciable; además, todo enfermo que presenta una migración calculosa está inquieto, agitado, no guarda el menor reposo y fácilmente se levanta de la cama, hecho que contrasta con la inmovilidad que presentan los enfermos apendiculares. En los casos de cólico nefrítico un examen de sedimento de orina y el hallazgo de hematíes en el mismo, nos facilitará el diagnóstico.

Tendremos que pensar siempre en la posibilidad de una afección pleuro-pulmonar aguda y principalmente en los niños, diagnóstico diferencial sobre el que insistiremos más adelante. Precisa pensar también en la frecuencia de los procesos flogísticos anexiales, afección inflamatoria que un tacto vaginal y los antecedentes patológicos genitales nos aclararán.

La frecuencia y la gravedad de la apendicitis aguda en el niño, nos obliga a hacer unas consideraciones aparte, sobre el diagnóstico de esta afección en las pri-

meras edades de la vida. Es tan frecuente esta afección en los niños que en menos de 5 años, en el servicio del profesor Ombrédanne, fueron operados 900 enfermos de apendicitis aguda. En nuestra estadística, que comprende los casos ingresados en el servicio del profesor Corachán y los de nuestra clientela privada, los niños operados no han sido muchos, debido a que el servicio del profesor Corachán, es de enfermos adultos; no obstante, hemos operado 43 enfermos número suficiente para formarnos un criterio sobre las peculiaridades del diagnóstico de la apendicitis infantil.

El dolor espontáneo en el niño es sumamente impreciso, de tal manera, que pocas veces es localizado en fosa iliaca derecha desde el primer momento; en cambio, muy frecuentemente es señalado inicialmente en epigastrio o en región umbilical, más raras veces el dolor empieza en el lado izquierdo. Pero en los casos en que desde el principio asienta en fosa iliaca derecha y es completamente localizado. éste sólo hecho nos hará casi asegurar el diagnóstico de apendicitis aguda. En los otros casos en que el dolor inicial empieza por el epigastrio o región umbilical, debemos pensar siempre en la posibilidad de esta afección y practicar, por tanto, una exploración abdominal acurada.

La fiebre, en general, es moderada, en la iniciación de toda crisis apendicular. Se presentan de todas maneras las mismas variaciones que en los adultos, o sea, formas hipertérmicas desde un principio y en los que la lesión es más o menos importante y formas graves en que domina desde el principio la falta de reacción febril.

En cambio es frecuente apreciar en el niño, un pulso acelerado, sin gran reacción térmica, no obstante, hay que afir-

mar que a pesar de lo que manifestamos, hemos visto apendicitis gangrenosas graves con pulso lento; este hecho es raro, pero de todas maneras hay que tenerlo presente en los casos en que la gravedad o importancia de los signos contrasten con este síntoma.

Estas variaciones y excepciones en la modificación del pulso y de la temperatura, hacen que nosotros consideremos a estos signos como accesorios y no pensemos nunca con ellos, para precisar el diagnóstico y sí sólo como manifestábamos anteriormente, para orientar el pronóstico en cada caso particular.

Los vómitos, son frecuentes al principio, alimenticios o biliosos; pero hay gran número de niños que no presentan náuseas ni vómitos en ningún momento de la crisis apendicular. Hay que afirmar, por tanto, de una manera absoluta según Fèvre, que la ausencia de náuseas y vómitos no elimina de ninguna manera la apendicitis aguda.

No hay que dar un valor absoluto, a la presencia o falta de "vientre cerrado". La mayoría de veces, los niños al principio de la crisis presentan constipación, más algunas veces apendicitis graves debutan con diarrea. Tanto un signo como el otro, constipación y diarrea, y cuando se presentan en un niño que enferma súbitamente, deben hacernos pensar, al igual que la presencia de náuseas y vómitos en la posibilidad de que estemos delante de una apendicitis aguda.

Son en el niño el dolor provocado a la presión, principalmente en la pared abdominal anterior de la fosa ilíaca derecha y en menor número de veces, en la pared posterior región lumbar derecha o en el fondo de saco de Douglas y la defensa muscular en las dos primeras regiones y en su mayor grado la contractura parietal,

los signos de más valor, para establecer el diagnóstico, pues en gran número de casos el dolor espontáneo, no es acusado o es negado por el niño. En cambio el dolor provocado, si no es confesado por el enfermo, el hecho de presentar en los casos en que realmente la presión es dolorosa, una protesta apreciable de la pared abdominal, un cambio de expresión del semblante y una dilatación pupilar constituyen hechos que hacen que la positividad de este signo sea de un gran valor.

En los casos en que nos creamos en presencia de una apendicitis y no encontremos un dolor franco y acusado en fosa ilíaca derecha, tenemos que pensar en las distintas situaciones del apéndice y explorar la región lumbar del lado derecho, por la posibilidad de tratarse de una apendicitis retrocecal y también en fondo de saco de Douglas, cuya presión es siempre dolorosa, en las apendicitis pelvianas y en todas las otras que hayan provocado una irritación o inyección peritoneal.

En resumen, podemos afirmar, que debido a la gravedad de la apendicitis aguda en la infancia, hay que tener en cuenta, todo signo que pueda hacer pensar en la existencia de la misma y que todo niño que presenta una variación del pulso y de la temperatura, aunque no presente o confiese un dolor abdominal, o que presente náuseas o vómitos, constipación o diarrea, explorar siempre detenidamente el abdomen, empezando primero por las regiones no dolorosas, fosa ilíaca izquierda, vacío e hipocondrio del mismo lado y siguiendo el cuadro cólico, hasta llegar a fosa ilíaca derecha; si se trata de una apendicitis, encontraremos muchas veces ya en el principio de la exploración el signo de Row-sing positivo y siempre al hacer la palpación de la fosa ilíaca derecha, encontrare-

mos el dolor provocado y su signo inmediato, la defensa o contractura parietal.

Raras veces sufriremos un fallo diagnóstico. De equivocarnos, nos encontraremos en la mayoría de casos, con otra afección quirúrgica, que había ocasionado una irritación peritoneal; invaginación intestinal, perforación vesicular, perforación intestinal, diverticulitis, etc.

Todo niño que presenta un dolor intenso y súbito abdominal, generalmente, subcostal y en el lado derecho, hay que pensar siempre en la posibilidad de una neumonía. La temperatura muy elevada, la facies vultuosa y una disnea acentuada, nos pondrán en guardia. Estos signos alarmantes, contrastan con la falta de dolor provocado en la región apendicular y la escasa o nula defensa parietal de esta región. No hay que pensar en estos casos que los signos físicos de la neumonía, nos faciliten el diagnóstico, pues en la iniciación del proceso, no se han presentado todavía; en cambio, en caso de duda, acudiremos siempre al examen radiológico del tórax; en caso de tratarse de una neumonía, veremos, casi siempre la imagen ca-

racterística del bloc neumónico. En un caso de un niño de 4 años que vimos conjuntamente con el doctor Saldaña, nos encontramos que el enfermo aquejaba un intenso dolor en el hipocondrio derecho, fiebre, ligera taquicardia, facies congestionada; sin tos, ni disnea; no existía signo físico pleuro-pulmonar alguno, en cambio parecía existir una ligera defensa parietal a nivel de la fosa ilíaca derecha. Teniendo en cuenta, la imposibilidad de hacer un diagnóstico preciso, acudimos al examen radiológico; a las 14 horas de iniciada la afección; una imagen característica de bloc pneumónico, nos afianza en el diagnóstico y con ello tranquilizamos a la familia, la que pocas horas antes, nos acuciaba a la intervención quirúrgica, creyendo se trataba de una apendicitis aguda.

De proceder en esta forma, creemos nosotros que la mortalidad por apendicitis aguda, sería cada día menor y al mismo tiempo serían más reducidas y de menor importancia las complicaciones a que da lugar la apendicitis aguda.

(Concluirá)